

Diagnostic du lymphome : biopsie chirurgicale ou guidée par l'imagerie ?

Porter le diagnostic de lymphome nécessite un prélèvement, ganglionnaire le plus souvent, pour une analyse non seulement anatomopathologique, mais aussi immuno-histochimique et parfois cytogénétique et moléculaire. Pour que l'ensemble de ces techniques soit réalisable, il faut que le prélèvement soit assez volumineux pour :

- qu'un fragment soit fixé, le plus souvent dans le formol (le liquide de Bouin est à proscrire) ; ce fragment est inclus en paraffine, coupé et déposé sur lame pour être analysé après coloration (coloration hématine/éosine le plus souvent) ;
- qu'un fragment soit congelé dans l'azote liquide ; ce fragment peut ensuite être découpé et des lames peuvent être réalisées pour certaines études immunohistochimiques mais, le plus souvent, ce prélèvement sera utilisé pour des analyses moléculaires (*polymerase chain reaction*) ;
- qu'un fragment permette la réalisation d'une étude cytogénétique, ce qui nécessite que le prélèvement soit mis en culture dans le *Roswell Park Memorial Institute medium* (RPMI).

On voit donc qu'une quantité assez importante de

tissu ganglionnaire est nécessaire pour l'ensemble de ces techniques. Même si toutes ne vont pas nécessairement être utiles pour arriver au diagnostic définitif, il faut que la qualité du prélèvement initial puisse permettre d'anticiper toutes ces techniques.

Dans la pratique habituelle, deux solutions sont possibles pour avoir accès à ce tissu.

La première, classique, fait appel au chirurgien qui réalise une biopsie ganglionnaire superficielle sous anesthésie générale (ou parfois locale) ou profonde (médiastinoscopie ou minithoracotomie pour le médiastin ou laparoscopie pour l'abdomen).

La seconde fait appel à la radiologie interventionnelle.¹ Sous contrôle tomodensitométrique ou échographique, une biopsie est réalisée, prélevant au moins deux carottes avec des aiguilles de diamètre suffisant (idéalement au minimum de 16 ou 14 gauges). Cette technique est réalisable non seulement sur les masses ganglionnaires profondes, mais aussi sur des sites superficiels.²

Ces deux techniques diffèrent non seulement par leur type de recours aux soins (personnel médical et

non médical, bloc opératoire ou salle de radiologie interventionnelle...), mais aussi par les avantages et inconvénients qu'elles présentent (v. tableau).

Le choix est parfois difficile, il se fait habituellement en fonction de la rapidité et de l'accessibilité offerte par la biopsie en radiologie interventionnelle *versus* la biopsie chirurgicale, sachant que cette dernière est la seule à permettre, dans tous les cas, la réalisation de l'ensemble des techniques ancillaires nécessaires au diagnostic des hémopathies lymphoïdes. C'est donc l'hématologue référent qui doit décider, au vu d'un patient particulier, de la présentation clinique et radiologique initiale, et des ressources locales disponibles, quelle sera la technique utilisée dans un premier temps.

Il faut souligner enfin que ces deux techniques peuvent être complémentaires, et ce dans les deux sens : second prélèvement en radiologie interventionnelle après une biopsie chirurgicale afin de compléter les études moléculaires, ou biopsie chirurgicale secondaire devant un prélèvement biopsique percutané insuffisant.

1. Pappa VI, Hussain HK, Reznick RH, et al. Role of image-guided core-needle biopsy in the management of patients with lymphoma. *J Clin Oncol* 1996;14:2427-30.
2. De Kerviler E, De Bazelaire C, Mounier N, et al. Image-guided core-needle biopsy of peripheral lymph nodes allows the diagnosis of lymphomas. *Eur Radiol* 2007;17:843-9.

TABLEAU

Avantages et inconvénients des deux techniques de biopsie

Avantages	Inconvénients
Chirurgie classique	
• Connaissance de la technique par tous les chirurgiens • Réalisation possible de toutes les techniques ancillaires permettant d'avoir le maximum de chance d'arriver à la certitude diagnostique	• Cicatrice parfois inesthétique (en particulier les biopsies cervicales chez les sujets jeunes) • Temps de cicatrisation long nécessitant parfois de retarder le début d'une chimiothérapie • Comorbidités éventuelles contre-indiquant une anesthésie générale (sujet âgé)
Radiologie interventionnelle	
• Pas de cicatrice • Rapidité de mise en place (le plus souvent) et accessibilité, même en situation d'urgence • Morbidité faible • Possibilité de prélèvements complémentaires après une première biopsie chirurgicale	• Diagnostic difficile pour certaines histologies particulières : pathologie pauvre en cellules tumorales (lymphome T angio-immunoblastique, lymphome de Hodgkin, lymphome B riche en cellules T) ou histologie composite (lymphome folliculaire associé à des zones diffuses à grandes cellules) • Risque lié aux possibles lésions vasculaires ou d'organe en cas de localisation difficile • Étude cytogénétique impossible (cytogénétique conventionnelle) • Risque plus grand de ne pas pouvoir disposer d'assez de tissu ganglionnaire pour l'ensemble des études ancillaires • Apprentissage nécessaire de la technique (pour les radiologues et les anatomopathologistes)